

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° W21-638886

129938

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3482

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Abdeljaouad

Date de naissance :

18/04/1952

Adresse :

23 Rue Ibnou Habib, Yaârif - ESSA

Tél. :

0661 311542

Total des frais engagés :

862,60

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16 SEP 2022

Age :

51

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je faire à :
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10 / 09 / 22

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Membre de la Chambre attestant le Paiement de l'acte |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| | | | | INP : [REDACTED] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR Tél: 05 22 25 52 04 - Casablanca 0920572125 07/2022</i> | PER 11-21-2024 | 842,60 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSE RADIGRAPHIES

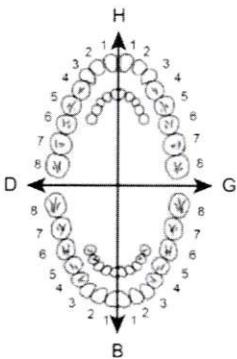
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

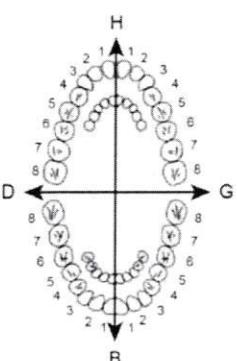
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| B | | |
| G | | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR

Mme Zineb BENNIS

63 - 65 Bd Yaacoub El Mansour

Tél.: 05 22 25 52 04

Patente : 35803032 - CNSS : 1470195

ICE : 001619014000060

Casa, le. 15/07/2022

M. AXEL RABEAU

| Qté | Désignation | P.U. | Montant |
|--|--------------------|------|--|
| 1 | Stomane | - | 58,70 |
| 1 | Acid oasprin | - | 27,70 |
| 1 | Benclamol | - | 20,00 |
| 1 | Benclamol G.N. | - | 36,20 |
| 1 | Ex forge 10/160 mg | - | 3,10 |
| 1 | Galvus 50/1000 | - | 390,00 |
| | | | <u>842,60</u> |
| 6118001030903 EXFORGE HCT ○ 10mg/160mg/25mg 28 comprimés pelliculés PPV : 310.00 DH | | | |
| 6 118001 031092 GALVUS MET® 50 mg/1000 mg ○ Boîte de 60 comprimés pelliculés PPV : 390.00 DH | | | |
| 092051212 20,100 PER 06/26 PPV 20 DH 0 | | | L O T 210 D 0 P E R 06/26 P P V 36 D H 2 |
| Total | | | 842,60 |